

# Hvilken betydning bør levedyktighet ha i abortspørsmålet?

*Michael 2023; 20: 466–477*

*I en abortdebatt preget av omfattende uenighet ser fosterets levedyktighet ut til å begrunne en tydelig abortgrense, som de fleste kan enes om. Men det synes ikke å være en urokkelig merkestein, men heller en som kan plasseres og flyttes ulike steder, ut fra bestemte omstendigheter og perspektiver, blant annet den medisinsk-teknologiske utviklingen. Vi gjennomgår tre perspektiver på hva levedyktighet innebærer, og mens vi forkaster det vi benevner som et uavhengighetsperspektiv, konkluderer vi med et kombinert modenhets- og ansvarsperspektiv. Dette perspektivet åpner for at det er etisk forsvarbart at abortgrensen krysser grensen for når et foster kan overleve med intensiv behandling.*

I abortloven gir *levedyktighet* den øvre grense for når abort kan innvilges, med mindre det er fare for kvinnens liv eller helse (1). Da abortloven ble vedtatt i 1975, var ikke et fosters levedyktighet nærmere presisert enn som «levedyktig utenfor livmoren» (2). I 2012 ble det behov for en avklaring av når et foster kan regnes som levedyktig, på bakgrunn av at ansatte ved Rikshospitalets fødeavdeling ble i tvil om deres praksis ved senaborter var i tråd med abortloven. I et oppslag i Aftenposten fortalte jordmødre ved avdelingen:

«Rikshospitalets fødeavdeling får de vanskelige jobbene, abortene som er så sene at de skjer i det vanskelige landskapet mellom fødsel og abort. – Det er klart det er belastende å legge et slikt barn til side, mens kolleger kanskje jobber for å redde et helt tilsvarende barn i et annet rom, sier jordmor Bodil Thorsnes. Hun og hennes kolleger har det i ryggmargen at de skal ta imot og redde liv. Det er det de er utdannet til, det er det jobben handler om. Da blir det vanskelig når de noen få ganger skal gjøre det motsatte, legge et bittelite barn til side og vente på at det skal dø» (3).

Jordmødrene fikk massiv og tverrpolitisk støtte, og Helsedirektoratet satte ned en uavhengig faglig ekspertgruppe som skulle gjennomgå regelverk og praksis knyttet til senaborter. Ekspertgruppen valgte å presisere levedyktighetsbegrepet i form av en angitt svangerskapslengde, som uttrykt i abortforskriften § 18 «dersom det ikke er særlige forhold ved fosteret som tilsier noe annet, skal et foster antas å være levedyktig etter 22. svangerskapsuke (21 uker og 6 dager)» (4). Ekspertgruppen ønsket samtidig å beholde begrepet levedyktighet i abortloven for å synliggjøre grunnlaget for fosterets rettsvern på dette bestemte tidspunktet i svangerskapet (5). Fosterets levedyktighet synes da også å gi en klar og velbegrunnet grense for når abort ikke lenger kan være tillatt.

En grunn til at lovregulering av abort er så vanskelig, er at det ikke er lett å finne og enes om klare merkesteiner i svangerskapsforløpet. Foster utvikler seg gradvis og ulikt, slik at satte ukegrenser for et fosters moralske status eller juridiske rettigheter lett fremstår som noe vilkårlige. Men med begrepet *levedyktighet* ser det ut til at en har funnet en merkestein som både har en klar begrunnelse, og som de fleste kan enes om: Det er uakseptabelt å tillate at den gravide kan avslutte et svangerskap hvis det fører til at en må la et levedyktig barn dø etter svangerskapsavslutningen.

I denne artikkelen skal vi undersøke og utfordre grunnlaget for denne enigheten<sup>1</sup>, og diskutere hvilken rolle og betydning levedyktighetsbegrepet har og bør ha i forbindelse med abortspørsmålet. Vi vil undersøke i hvilken grad, og på hvilke måter, dagens levedyktighetsbegrep er klargjørende eller tilslørende i abortdebatten.

## Levedyktighet i tid og rom

Levedyktig betyr ikke det samme som levendefødt. Etter abortforskriften regnes et foster som levedyktig når det er i stand til å overleve utenfor mors liv (4). Ulike tolkninger av levedyktighetsbegrepet kan brukes til å argumentere for ulike prinsipper og praksiser i forbindelse med svangerskapsavbrudd. Helsedirektoratet nevner blant annet at et fosters levedyktighet kan tolkes som fosterets fremtidige evne til å leve hvis det blir båret frem til termin, men også som fosterets evne til å overleve hvis svangerskapet blir avbrutt umiddelbart (6). Den første tolkningen dreier seg om fosteret noensinne vil kunne bli et levedyktig barn, mens den andre tolkningen dreier seg om et foster vil bli et levedyktig barn på et bestemt forløsningstidspunkt.

---

1 I denne artikkelen setter vi til side en diskusjon om det er etisk akseptabelt å ta abort før levedyktighetsgrensen.

I abortlovgivningen kommer den andre tolkningen til uttrykk i levedyktighet definert ved en ukegrense<sup>2</sup>, noe Helsedirektoratets ekspertgruppe begrunner slik: «Normalt vil fosteret måtte ansees levedyktig rundt utgangen av 22. svangerskapsuke. Et 22 uker gammelt foster vil kunne være så utviklet at det vil være i stand til å overleve dersom det ble født og fikk optimal behandling» (7).

Med levedyktighet i betydningen å «være i stand til å overleve», menes det ikke at det fødte barnet ville kunne overleve på egen hånd, men at det i en vurdering om barnet er levedyktig «tas hensyn til eksisterende muligheter for behandling etter forløsning» (4), noe barnet i ekspertgruppens ordlyd er «dersom det ble født og fikk optimal behandling» (7, vår utheving). Levedyktighet innebærer altså å kunne overleve ved hjelp av *intensiv medisinsk livredning og behandling*.

Barnets levedyktighet avhenger dermed av hvilken teknologi og helsehjelp som er tilgjengelig på det tidspunkt og det sted hvor fødselen skjer. Følgelig vil levedyktighetsgrensen, ut fra en slik forståelse av levedyktighetsbegrepet, endre seg i takt med medisinsk og teknologisk utvikling. Nye behandlingsmetoder i nyfødttmedisinen har gjort at stadig yngre barn kan gis livreddende behandling. Dermed vil fostre som ikke ble ansett som levedyktige for 20 år siden, kunne regnes som levedyktige i dag.

Levedyktighet er ikke bare påvirket av hvor en befinner seg i den medisinsk-teknologiske utviklingshistorien, men også av hvor en befinner seg i verden og på samfunnsstigen (8). Et nyfødt barn kan regnes som levedyktig i et rikt land med store helseressurser, mens et tilsvarende barn ikke vil regnes som levedyktig i et fattig land med færre ressurser (9). Sosio-økonomiske, geografiske og kulturelle forhold internt i et land kan også innvirke på ens tilgang på helseressurser, og dermed barnets levedyktighet. Et barn født av en rik kvinne kan være levedyktig i motsetning til en fattig kvinnes nyfødte barn, og barnet til en kvinne født nært et sykehus med intensivavdeling kan være levedyktig i motsetning til et barn født langt fra et slikt sykehus.

## Redning og ansvar

Er et barn levedyktig hvis det viser livstegn etter fødsel og kan holdes i live en stund ved hjelp av intensiv behandling, eller kan man først kalle et barn levedyktig hvis det er i stand til å leve opp og få et verdig liv? To ulike perspektiver på livredning ved for tidlig fødsel, helt på levedyktighetsgrensen, er *redningsperspektivet* og *ansvarsperspektivet* (11). Redningsperspektivet

---

2 Usikkerhet knyttet til estimering av svangerskapslengde kan være opptil 1–2 uker (10).

henger sammen med forståelsen av levedyktighet som en viss overlevelsesdyktighet, og ansvarsperspektivet henger sammen med forståelsen av levedyktighet som evnen til å leve opp og få et verdig liv.

Ved fødsel på grensen til levedyktighet er det ikke mulig å vite om akkurat dette barnet vil kunne overleve i kortere eller lengre tid, ei heller hvilke senfølger barnet vil måtte streve med hvis det lever opp. Eksistensielle avgjørelser med store konsekvenser må tas under usikkerhet. Heller vi mot redningsperspektivet, kan vi tenke at et for tidlig født barn har rett til livreddende behandling. En fødsel på levedyktighetsgrensen medfører da en redningssituasjon hvor helsepersonell har en moralsk plikt til å berge liv (12–14). Muligheten til å berge et menneskeliv berettiger forsøket på livreddende behandling, også dersom det er høy risiko for død og senskader, eller medfører et langvarig og smertefullt behandlingsforløp for barnet.

Hvis vi heller mer mot ansvarsperspektivet, understrekes vårt etiske ansvar ved bruk av teknologi. Barn født på levedyktighetsgrensen vil ikke overleve uten en massiv medisinsk-teknologisk innsats (15). Dette peker på en annen ting det er viktig å få øye på ved formuleringen: «Et 22 uker gammelt foster vil kunne være så utviklet at det vil være i stand til å overleve dersom det ble født og fikk *optimal* behandling» (7, vår utheving). Det er her lett å sette likhetstegn mellom *optimal* behandling og *maksimal* medisinsk-teknologisk innsats. Det hersker imidlertid ingen medisinsk-etisk enighet om at maksimal innsats alltid er optimalt i en slik situasjon, på grunn av de følger det kan ha for barnet og familien på kort og lang sikt.

### Adskillelse og forpliktelse

Ekspertgruppen skrev i 2013: «Abortloven legger opp til en avveining mellom to ulike hensyn – kvinnens rett til å bestemme over sin egen kropp og fosterets rett til liv» (5). En måte å forstå en slik motsetning på, er å forestille seg at den gravide og fosteret er to separate individer som har rett til liv og selvbestemmelse uavhengig av hverandre. Fosteret er imidlertid avhengig av den gravides kropp for å kunne realisere sin rett til liv, og abortspørsmålet dreier seg i dette perspektivet om en interesse- eller rettighetskamp mellom fosteret og den gravide.

Setter vi en rett til liv forstått som mulighet for uavhengighet fra mors kropp sammen med tolkningen av levedyktighet som mulighet til overlevelse med intensiv medisinsk livredning og behandling, kan det medføre at fosterets rett til liv vil inntre stadig tidligere i svangerskapet.

I en avansert kuvøse kan fosteret utvikle seg videre uavhengig av den gravides kropp, og en væskefylt kunstig livmor kan gjøre dette mulig også uavhengig av fosterets lungeutvikling og pusteevne. Fosterets midlertidige

avhengighet av den gravide for å realisere en rett til liv kan dermed krympes til en stadig kortere tidsperiode etter unnfangelsen. En levedyktighetsgrense ved 22 uker i dag, kan være ved 19 eller 13 uker i fremtiden. Hvis *muligheten* til å behandle forstås som en *forpliktelse* til å behandle, kan en abortgrense basert på mulig uavhengighet gi fosteret rett til liv stadig tidligere i svangerskapet, uten at det i et uavhengighetsperspektiv oppfattes som en innskrenkning av den gravides rett til å bestemme over sin egen kropp. Dette avdekker et paradoks i abortreguleringen, nemlig at det nettopp er når fosteret kan overleve utenfor livmoren, at den gravide fratras muligheten til svangerskapsavbrudd.

### Biologi og biografi

Foranledningene til svangerskapsavbrudd og for tidlig fødsel er i hovedsak ulike. Ved svangerskapsavbrudd avsluttes et uønsket eller uakseptabelt svangerskap, og dermed forhindres en mulig fremtidig fødsel av et barn. En for tidlig fødsel er derimot som regel et resultat av omstendigheter som inntreffer i et ønsket svangerskap. En ønsker da som oftest å redde barnet dersom dette er mulig og riktig ut fra omstendighetene vi har vært inne på.

Til tross for forskjellen i foranledning og ønske, stilte jordmødrene ved Rikshospitalet likevel spørsmål om de ikke burde behandle et svangerskapsavbrudd på grensen til levedyktighet som en for tidlig fødsel. I Sverige tok overlege Katarina Strand Brodd saken i egne hender på fødeavdelingen hun arbeidet ved, og forsøkte gjentatte ganger å gi livreddende behandling til aborterte fostre i uke 22 som viste livstegn etter fødsel. Hun grunnga dette med at barnets rett til liv går foran kvinnens rettigheter (16). I kjølvannet av Strand Brodd-saken har det i Sverige blitt undertegnet et konsensusdokument som bl.a. presiserer at barnelege ikke skal tilkalles til sene aborter, noe som i praksis betyr at livreddende behandling ikke skal iverksettes (17).

Bør fostre som aborteres på et tidspunkt i svangerskapet hvor de har en mulighet til å overleve utenfor kvinnens kropp, tilbys livreddende behandling etter inngrepet? Da ivaretas fosterets rett til liv, samtidig som den gravides kroppslige selvbestemmelsesrett ikke krenkes. Samtidig annulleres jo dermed formålet med den gravides valg om å avslutte svangerskapet, nemlig å forhindre at en får barn (18). En slik praksis vil også være skadelig for barnet, siden det er i mors liv at mulighetene ligger til rette for optimal utvikling.

Her synes det rimelig å tenke at et uønsket svangerskap handler om mer enn kroppen til den gravide, og råderetten over den. I motsatt fall ville det være uproblematisk å adoptere bort barnet når den gravides kropp ikke lenger var nødvendig for barnets overlevelse. Hva er det så som kan krenkes

hvis en tilbyr livreddende behandling etter et innvilget svangerskapskapsavbrudd ut fra tungtveiende grunner? Et svar vil være det framtidige barnet som blir påført skade av svangerskapsavbruddet (i motsetning til hvis fosteret dør). Et annet svar vil være kvinnens selvbestemmelse over eget morskap og liv. Kvinnen blir tvunget til et uønsket morskap (og faren til et uønsket farskap), også hvis omsorgen for barnet overføres til noen andre.

Et ansvarsperspektiv står også sterkt her: For mange gravide handler svangerskapsbeslutninger nettopp om å kunne ta ansvar, ikke bare for seg selv, men også for akkurat dette potensielle barnet og hvilket liv det vil kunne få, og for familien og andre som hun står i forpliktende relasjoner til (19). Det å velge å fortsette et svangerskap kan være mer moralsk tyngende enn å avslutte svangerskapet, siden en dermed tar på seg ansvaret for å skape et nytt liv (20).

### Hva står på spill?

Levedyktighet forstått som mulighet til å overleve hvis en blir født, understreker evnen til å kunne opprettholde livet uavhengig av mors kropp. I Roe versus Wade, den sentrale domsavsigelsen om abortrettigheter av høyesterett i USA i 1973, var det nettopp uavhengighet som var grunnlaget for å avgjøre når et svangerskap ikke lenger kan avbrytes. Dommen utledet retten til abort fra retten til privatliv, slik den er nedfelt i den amerikanske grunnloven (21). Abort inngår her i den gravidens rett til å bestemme over sin egen kropp, så lenge det ikke går ut over andre. Når et foster eller barn kan eksistere uavhengig av morens kropp, argumenterte de for at den gravidens privatsfære sprenges, og fosteret omfattes da av samfunnets lovbestemte vern mot å skade andre (22). Levedyktighet og uavhengighet ble slik to sider av samme sak, og det som ga et foster eller barn en rett til liv.

Elisabeth Chloe Romanis setter denne forståelsen av levedyktighet opp mot den som ligger til grunn for britisk lovgivning, nemlig som evnen til å bli født levende og *kunne puste selv* (22). Den britiske forståelsen av levedyktighet dreier seg slik om hvorvidt fosteret eller barnet har nådd et bestemt utviklingstrinn hvor det kan puste selv, og ikke om det kan overleve en adskillelse fra moren med omfattende medisinsk hjelp. Mens levedyktighet i amerikansk lovforståelse beror på mulig evne til uavhengighet, beror det i britisk lovgivning på fosterets utviklingstrinn eller modenhet.

Dette peker mot tre ulike tolkninger av hva som sto på spill ved Rikshospitalet i 2012. Én tolkning er at det ble feil å legge til side et barn som hadde evne til selvstendig eksistens, gitt fagmiljøets kapasitet for intensiv behandling. Her er det de behandlingsmulighetene en rår over, som gir helsepersonellet en forpliktelse til å hjelpe, og som gir barnet en rett til

livredning. Disse behandlingsmulighetene gir grensen for levedyktighet, forstått som uavhengighet. Internasjonalt vil disse variere mellom svangerskapsuke 22–24 i høyteknologiland, og vil kunne endre seg med teknologisk utvikling (23).

En annen tolkning er at det ble feil å legge til side et barn som var såpass velutviklet at det var i stand til å puste selv, uten hjelp av intensiv medisinsk behandling. Her er det barnets egenskaper og modenhet som gir helsepersonellet en forpliktelse til å hjelpe og opprettholde dets liv. Den gradvise utviklingen og økende vernet et foster har og får, gir det i denne tolkningen en rett til liv når det har nådd et bestemt stadium i fosterutviklingen. Det er dette stadiet som gir grensen for levedyktighet, forstått som modenhet.

En tredje tolkning er at det blir feil å legge til side et barn som er såpass utviklet at det ut fra et ansvarsperspektiv ikke ville være akseptabelt å holde tilbake intensiv medisinsk behandling. Hvis fødsel på dette stadiet i svangerskapet gir det for tidlig fødte barnet en selvstendig rett til intensivbehandling, basert på avveininger rundt behandlingsbyrde og mulighet for et leveverdig liv, så blir det feil å legge til side. Det vil variere mellom svangerskapsuke 23–26 i høyteknologiland, og vil også kunne endre seg med teknologisk og samfunnsmessig utvikling, men i en annen skala. Selv om overlevelse for de mest umodne har økt vesentlig i land som satser hardest, så har dessverre ikke behandlingsbyrde og senfølger hatt den samme positive utviklingen (24, 25). Dette gjør at man fra et ansvarsperspektiv fortsatt holder på at man må tenke seg nøye om før man satser på de mest umodne barna, siden skadepotensialet er stort.

### **Levedyktighet, modenhet og ansvar**

Til tross for at levedyktighetsbegrepet kan problematiseres, kan man fremdeles mene at det er den beste og mest betydningsfulle avgrensingen av tillatelig abort vi har. Man kan også se det som en styrke at levedyktighetsbegrepet tar opp i seg så vel fosterets iboende egenskaper som ytre faktorer. Levedyktighetsgrensen forhindrer eller begrenser til helt særlige tilfeller overlapp mellom perioden for svangerskapsavbrudd og for tidlig fødsel, slik at vi ikke risikerer å legge et nyfødt barn til side for å dø – eller enda verre: å moralsk forsvare en slik praksis. For det første utfordrer det helsepersonells forpliktelse til å redde liv, og for det andre gir det en dramatisk ulik behandling av barn på levedyktighetsgrensen: Mens ett nyfødt barn får livreddende behandling, får et tilsvarende barn det ikke. På denne måten er levedyktighetsbegrepet klargjørende i abortdebatt, abortlovgivning og klinisk praksis.

I et annet perspektiv er levedyktighetsbegrepet heller tilslørende. Det som tilsynelatende gir et klart og absolutt kriterium basert på egenskaper

ved fosteret, viser seg å være en relativ størrelse som tåkelegger forskjellen mellom abort og tidlig fødsel, og åpner opp for store variasjoner og endringer i når abort er tillatelig – nå og i fremtiden. I stedet for å ta utgangspunkt i intuisjonen om at vi ikke kan la et levedyktig barn dø, bør en ifølge dette perspektivet ta utgangspunkt i intuisjonen om at et foster får en stadig større egenverdi utover i svangerskapet. Dermed skal det stadig sterkere grunner til for å avslutte et svangerskap, slik norsk abortlov slår fast i § 2: «Kravene til grunn for innvilgelse av svangerskapsavbrudd skal øke med svangerskapets lengde.» Abortloven og det nåværende nemndsystemet understreker den gravides forpliktelse til å ta ansvarlige beslutninger (26).

I et modenhetsperspektiv får svangerskapsavbrudd et økende grunngivningskrav med økende svangerskapslengde siden fosteret blir mer og mer utviklet. Fosteret *blir og ser mer og mer ut som et barn*. I dette perspektivet vil *grensen* for når svangerskapsavslutning ikke lenger er etisk akseptabelt – uansett hvor vektige grunner den gravide har – ikke avhenge av den til enhver tid mulige livreddende behandling vi kan gi, men i større grad av iboende egenskaper ved fosteret selv. Det gjør at vi ikke kan forsvare å unnlate å gi et barn vanlig omsorg for at det skal dø. Samtidig gjør det at vi ikke er forpliktet til å gi barnet intensiv livreddende behandling for at det skal leve. Det er i dette perspektivet igjen fosterets modenhet, ikke behandlingsmulighetene, som er det moralsk avgjørende.

I fremtiden kan det bli medisinsk-teknologisk mulig å gi livreddende behandling til et foster i eksempelvis svangerskapsuke 14 eller 18. En konsekvens av både modenhets- og ansvarsperspektivet er at vi ikke er moralsk forpliktet til å benytte denne muligheten. Helsepersonells forpliktelse til å gi livreddende behandling reduseres med synkende svangerskapslengde. Muligheten til å kunne gi slik behandling bør ikke være avgjørende for når svangerskapsavslutning ikke lenger er tillatt.

Det er imidlertid ikke til hinder for at det etisk sett kan være akseptabelt å gi livreddende behandling til et barn som blir født før uke 22 i svangerskapet hvis det i fremtiden er medisinsk forsvarlig, og bygger på et ansvarlig valg fra den gravides side. Det vil si at disse perspektivene åpner for at *det er etisk forsvarbart at grensen for når en lovlig kan ta abort krysser grensen for når et foster kan overleve med intensiv behandling*. Om grensen for mulig overlevelse inntreffer stadig tidligere i svangerskapet, medfører ikke det at grensen for når en lovlig kan ta abort bør innskrenkes tilsvarende.

Disse perspektivene gjør det mulig å vise at det spiller en rolle om det er snakk om en abortbeslutning eller en tidlig fødsel av et ønsket barn. Det blir mulig å grunngi hvorfor svangerskapsavslutning kan være tillatelig selv når livreddende behandling av et barn kan være moralsk forsvarlig. Det blir



tydelig at det er fosterets modenhet, og situasjonen spørsmålet om svangerskapsavslutning stilles i, som burde fremheves, ikke et medisinsk-teknologisk og rettighetsbasert syn på når abort er tillatelig og utillatelig.

## Konklusjon

I denne artikkelen har vi forsøkt å vise hvilken betydning levedyktighet har, kan ha og bør ha, i abortdebatten. Levedyktighet som grense må forstås som at en ikke kan ta abort hvis det medfører at jordmødre og andre må «legge et barn til side», og nekte det vanlig omsorg for at det skal dø. Vi bør heller ikke frata et barn som potensielt kan overleve uten teknologisk hjelp, optimal støtte for å minske risiko for senskader. Det kan likevel være ansvarlig å avstå fra annen behandling enn smertelindring for et barn som ikke har mulighet til å overleve uten omfattende teknologisk hjelp.

Forpliktelsen til å gi livreddende behandling kan fremstå som absolutt og uavhengig av omstendighetene, i tråd med at en «har det i ryggmargen å ta imot og redde liv». Likevel må en skille mellom det å ha mulighet til å gi livreddende behandling til et barn på et tidlig utviklingstrinn ved hjelp av medisinsk høyteknologi i et rom, og å si at denne muligheten dermed gjør at en ikke kan tillate abort av et tilsvarende foster i et annet rom. Levedyktighet forstått som en teknologidrevet realisering av uavhengighet bør ikke gi en grense for når abort ikke lenger er tillatt.

*Vi takker medlemmene i forskergruppe for praktisk filosofi, forskergruppe i medisinsk etikk, og premetikkgruppa, alle ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, for nyttige kommentarer som forbedret denne artikkelen.*

## Litteratur

1. *Lov om svangerskapsavbrudd (abortloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50> (16.6.2023).
2. Syse A. *Abortloven: juss og verdier*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1993. <https://www.nb.no/items/bf0917e403e600e4553537d480e3274d?page=0> (3.7.2023).
3. Kirkebøen S. De har måttet legge nyfødte bort for å dø. *Aftenposten* 11.5.2012. <https://www.aftenposten.no/norge/i/9vLK9/de-har-maattet-legge-nyfoedte-bort-for-aa-doe> (10.3.2023).
4. *Forskrift om svangerskapsavbrudd (abortforskriften)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-06-15-635> (1.6.2023).
5. Helsedirektoratet. *Uavhengig ekspertgruppe for vurdering av svangerskapsavbrudd*. Rapport. Oslo 8.4.2013.
6. Helsedirektoratet. *Abort etter 18. svangerskapsuke på grunn av fosterskade: rapport fra en arbeidsgruppe som har foretatt en vurdering av praksis ved aborter etter 18. uke utført på grunn av fosterskade*. Helsedirektoratets utredningsserie 9–90. IK-2326. Oslo: Helsedi-

- rektoratet, 1990. [https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2009070904046](https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2009070904046) (26.6.2023).
7. Helsedirektoratet. *Abort (svangerskapsavbrudd). Veileder til forskrift*. <https://www.helse-direktoratet.no/veiledere/abort-svangerskapsavbrudd-veileder-til-forskrift> (26.6.2023).
  8. Fost N, Chudwin D, Wikler, D. The limited moral significance of 'fetal viability'. *Hastings Center Report* 1980; 10: 10–13. <https://doi.org/10.2307/3560289>
  9. Rent S, Bakari A, Haimanot SA et al. Perspectives on resuscitation decisions at the margin of viability among specialist newborn care providers in Ghana and Ethiopia: a qualitative analysis. *BMC Pediatrics* 2022; 22: 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03146-z>
  10. Gallagher K, Martin J, Keller M et al. European variation in decision-making and parental involvement during preterm birth. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition* 2014; 99: F245–249. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2013-305191>
  11. Ursin L, Syltern J. Bør vi alltid redde barnet? *Gemini* 14.11.2018. <https://gemini.no/2018/11/bor-vi-alltid-redde-barnet> (30.6.2023).
  12. Syltern J, Markestad T, Saugstad OD et al. NICU Dialects: Understanding Norwegian practice variation. *Pediatrics* 2018; 142: S545–551. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-0478E>
  13. Hansen TW, Førde R. Premature og behandlingsgrenser. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2016; 136: 45–47. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.0336>
  14. Ursin L. Justified by what? Three ways to provide an ethical basis for neonatal policies. *Pediatrics* 2018; 142: S590–592. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-0478K>
  15. Orfali K. Extreme prematurity: creating «iatrogenic lives». *American Journal of Bioethics* 2017; 17: 34–35. <https://doi.org/10.1080/15265161.2017.1340991>
  16. Österman M. Överläkaren Katarina Strand Brodd: «Barnets rätt går före mammans». *Ekuriren* 5.7.2017. <https://ekuriren.se/eskilstuna/overlakaren-katarina-strand-brodd-barnets-ratt-gar-fore-mammans> (30.6.2023).
  17. Bering S. "Sent aborterade foster ska inte återupplivas". *SVT* 3.9.2018. <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/klart-sent-aborterade-foster-ska-inte-aterupplivas> (30.6.2023).
  18. Wikler DI. Ought we to try to save aborted fetuses? *Ethics* 1979; 90: 58–65. <https://doi.org/10.1086/292133>
  19. Risøy SM, Sirnes T. The decision: relations to oneself, authority and vulnerability in the field of selective abortion. *BioSocieties* 2015; 10: 317–340. <https://doi.org/10.1057/biosoc.2014.39>
  20. Harman E. Creation ethics: the moral status of early fetuses and the ethics of abortion. *Philosophy and Public Affairs* 1999; 28: 310–324. <https://doi.org/10.1111/j.1088-4963.1999.00310.x>
  21. Ziegler M. The end of *Roe v. Wade*. *American Journal of Bioethics* 2022; 22: 16–21. <https://doi.org/10.1080/15265161.2022.2075962>
  22. Romanis EC. Is 'viability' viable? Abortion, conceptual confusion and the law in England and Wales and the United States. *Journal of Law and the Biosciences* 2020; 7: Isaa059. <https://doi.org/10.1093/jlb/Isaa059>

23. Lantos JD. Ethical problems in decision making in the neonatal ICU. *New England Journal of Medicine* 2018; 379: 1851–1860. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1801063>
24. Kaempf JW, Guillen U, Litt JS et al. Change in neurodevelopmental outcomes for extremely premature infants over time: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition* 2023; 108: 458–463. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2022-324457>
25. Lundgren P, Morsing E, Hård A-L et al. National cohort of infants born before 24 gestational weeks showed increased survival rates but no improvement in neonatal morbidity. *Acta Paediatrica* 2022; 111: 1515–1525. <https://doi.org/10.1111/apa.16354>
26. Solberg B. Abortnemndenes mål og mening. *Nytt Norsk Tidsskrift* 2022; 39: 317–328. <https://doi.org/10.18261/nnt.39.4.5>

Lars Øystein Ursin  
[lars.ursin@ntnu.no](mailto:lars.ursin@ntnu.no)  
Institutt for filosofi og religionsvitenskap  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
7491 Trondheim

*Lars Øystein Ursin er førsteamanuensis i etikk og medlem i Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag.*

Zuzanna Zarosa  
[zuzannazuba@outlook.com](mailto:zuzannazuba@outlook.com)  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
7491 Trondheim

*Zuzanna Zarosa er medisinstudent.*

Janicke Syltern  
[janicke.m.syltern@ntnu.no](mailto:janicke.m.syltern@ntnu.no)  
Institutt for klinisk og molekylær medisin  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
7491 Trondheim

*Janicke Syltern er stipendiat ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, overlege ved St. Olavs hospital og leder av klinisk etikkkomité ved St. Olavs hospital.*

Artikkelen er fagfellevurdert.

### **The importance of the foetus viability in the abortion debate**

In an abortion debate characterized by extensive disagreement, the viability of the foetus seems to justify a clear abortion limit and provide a marker on which the vast majority can agree. But rather than being a simple, unambiguous, and absolute concept, we show that the notion of viability on closer inspection is rather complicated, ambiguous, and relative. In sum, viability does not seem to be a steadfast marker, but rather a marker that can be placed on – and moved to – different places based on specific circumstances and perspectives. A central circumstance here is the medico-technological development. We go through three perspectives on what viability means. We reject what we call an independence perspective and conclude with a combined maturity and responsibility perspective. In this combined perspective abortion can be ethically defensible even if the foetus is viable in the sense that it can survive with intensive treatment. In other words: If the medico-technological development entails that the limit of possible survival for a foetus occurs earlier and earlier in pregnancy, this does not mean that the limit of legal abortion should be restricted accordingly.